HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé – Support à l'utilisation

Février 2015

Ce document est téléchargeable sur

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Préambule 4

Orientation / principes retenus pour l'élaboration de la grille 4

Comment la grille est-elle structurée ? 4
Comment utiliser cette grille ? 4

I. Axe 1 : Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients 6

Dimension 1 : Aider à garantir l'accès aux soins et aux prestations 6
Dimension 2 : Aider à assurer la continuité entre les soins primaires et les recours spécialisés 8
Dimension 3 : Aider au repérage des personnes en difficultés 10
Dimension 4 : Aider à l'évaluation multidimensionnelle des personnes 12
Dimension 5 : Aider à planifier, suivre et réévaluer les interventions du Plan Personnalisé de Santé (PPS) 14
Dimension 6 : Orienter vers une assistance au parcours de santé adaptée en cas de situation complexe 16
Dimension 7 : Aider à mettre en œuvre des démarches d'éducation thérapeutique du patient (ETP) 18
Dimension 8 : Aider à prévenir les réhospitalisations évitables 20
Dimension 9 : Aider à prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants 22

II. Axe 2 : Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale 24

Dimension 10 : Aider à élaborer et à suivre des protocoles pluriprofessionnels 24
Dimension 11 : Appuyer les initiatives d'amélioration des pratiques et des organisations 26
Dimension 12 : Soutenir les actions de prévention et promotion de la santé 28
Dimension 13 : Aider à développer la culture de sécurité au niveau du terreitoire 30
Dimension 14 : Aider à développer un guichet intégré réunissant les structures d'appui sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire 32
Dimension 15 : Partager l'information entre les acteurs du territoire 34
Dimension 16 : Effectuer des retours d'informations à la gouvernance territoriale 36
Dimension 17 : Prendre en compte les avis de la population 38

III. Axe 3 : Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions 40

Dimension 18 : Travailler au plus près des organisations de soins primaires 40
Dimension 19 : Organiser les ressources pour le management du réseau 42
Dimension 20 : Assurer la sécurité des actions du réseau 44
Dimension 1 : Choisir et utiliser un système d'information approprié 46

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Préambule

Cette grille d'auto évaluation des réseaux de santé répond à une saisine de la HAS par la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) suite à la publication du guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé ?»[1].

Cette grille a pour objectif d'aider les réseaux à auto-évaluer leurs pratiques et leur organisation de façon à améliorer leur impact sur la prise en charge des patients. Elle peut également être utilisée par les coordinations et les plateformes d'appui qui se mettent en place en s'appuyant sur des dynamiques locales qui peuvent êtres différentes des réseaux.

Orientation / principes retenus pour l'élaboration de la grille

Cette grille s'inscrit dans la continuité du guide publié par la DGOS : une évolution vers des réseaux polyvalents ou pluri-thématiques, agissant dans une perspective de territoire et coopérant avec les autres structures d'appui et de coordination tels que les CLIC, CCAS, SSIAD, MAIA, MDPH, etc.

De façon plus générale, l'orientation retenue est de s'inscrire dans une dynamique d'organisation de la santé et de responsabilité populationnelle dans le ou les territoires où exerce le réseau :

- En partant des besoins du territoire, en vérifiant comment ils sont remplis et en considérant comment le réseau peut y répondre en coopération avec les autres acteurs,
- En exprimant dans les dimensions des éléments incontournables qui conditionnent l'efficacité des dispositifs d'appui[2] :

Comment la grille est-elle structurée ?

Une grille d'auto évaluation est une grille d'analyse des organisations de soins élaborée sur la base d'une analyse de la littérature et d'avis d'experts. Cette grille d'auto évaluation se compose de :

- **Trois axes déclinés en dimensions**
  - Axe 1. Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients, centré sur la prise en charge patients : 9 dimensions ;
  - Axe 2. Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale, centré sur l'ingénierie du territoire : 8 dimensions ;
  - Axe 3. Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions, centré sur le fonctionnement des structures d'appui : 4 dimensions.
- **Vingt et une dimensions** retenues en raison d'un impact démontré dans la littérature sur la qualité des soins ou de l'importance que les acteurs concernés leur accordent. Elles traduisent la capacité *a priori* des organisations à délivrer des soins de qualité.
- **Cinq caractéristiques de progression** identifiées pour chacune des dimensions retenues. Elles correspondent à des niveaux de structuration/de performance de ces dimensions. Elles sont soit, lorsque cela est paru possible, organisées dans un ordre dessinant une démarche logique de progression, soit, le plus souvent, citées sans ordre de progression : c'est alors à chaque réseau de santé de déterminer la manière dont il souhaite organiser sa démarche de progression.

Comment utiliser cette grille ?

Dans le cadre de la démarche qualité, le réseau de santé réalise, tous les ans par exemple, l'auto-évaluation de son organisation pour à la fois acter les progrès réalisés et identifier de nouveaux objectifs de progression.

---

[1] Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé. Guide méthodologique. Paris : DGOS; 2012.

[2] HAS. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de santé primaire ? Fiche Points Clés et Solutions 2014.

1. Un COPIL *ad hoc* représentatif du réseau et de ses partenaires professionnels et usagers est mis en place.
2. L'assistance d'un tiers facilitateur est obtenue.
3. L'évaluation doit en principe porter sur toutes les dimensions. Cependant, si certaines dimensions ne paraissent pas pertinentes, le COPIL choisit avec le réseau les dimensions à analyser en priorité la première année.
4. Pour une dimension donnée :

- Le réseau et ses partenaires, avec l'aide du tiers facilitateur, pointent les caractéristiques et actions mises en œuvre d'après eux dans le territoire ;
- Puis ils examinent la façon dont le réseau participe ou ne participe pas à cette mise en œuvre.

5. Sur cette base, le réseau et ses partenaires définissent les objectifs de progression à atteindre au cours de l'année à venir. Ces objectifs peuvent recouper ceux des années précédentes en les renforçant. Pour cela, il détermine, parmi les caractéristiques qui n'ont pas encore été intégrées dans sa façon de travailler, la (les)quelle(s) pourraient être envisagées c'est-à-dire la (les)quelle(s) sont :

- simples,
- faisables à court terme,
- acceptées par le réseau et ses partenaires.

Pour définir ces objectifs et leur contenu, il est conseillé de s'appuyer sur les réalisations et projets mis en œuvre par d'autres réseaux de santé et structures d'appui dans la région ou dans d'autres régions.

Dans la grille d'auto-évaluation et dans ce guide, le terme d'« acteur » désigne les professionnels de sanitaire, du médico-social et du social, ainsi que les aidants naturels ou informels.

I. Axe 1 : Aide aux professionnels pour organiser les parcours des patients

Dimension 1 : Aider à garantir l'accès aux soins et aux prestations

L'accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à recevoir les soins nécessaires au bon moment (OMS).
Il est ici considéré selon une vision large qui ne limite ni aux horaires d'ouverture des lieux de soins, ni aux difficultés d'accès à ces lieux, ni aux difficultés financières, etc.
L'élaboration d'un plan d'action, auquel peuvent contribuer les réseaux, est suggérée pour répondre aux difficultés identifiées d'accès aux soins et aux prestations.
Une attention particulière doit être portée aux personnes les plus vulnérables : personnes âgées, personnes en situation de handicap, publics rencontrant des difficultés d'accès aux soins en raison de barrières linguistiques/culturelles, etc.

Pour en savoir plus :

- Lot F, Aina E, Bello P-Y, Morel B, Schwoebel V. Numéro thématique – Santé et recours aux soins des migrants en France. BEH 2-3-4/17 janvier 2012, 13-51. http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012
- Aina E, Veisse A. Repère sur la santé des migrants. La Santé de l'homme, 2007, n° 392, p. 21-24. http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/392/02.htm
- Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Groupe de travail « Santé et accès aux soins » - Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. Novembre 2012. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les freins et difficultés d'accès aux soins et aux prestations sur le territoire sont analysés. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Cette analyse débouche sur un plan d'action concerté, qui prévoit un accompagnement des personnes en difficulté. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ce plan d'action fait l'objet d'un suivi formalisé et d'un retour aux acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Il existe un répertoire des personnes et structures pouvant intervenir pour faciliter l'accès aux soins et prestations accessibles aux usagers. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire pour mettre en œuvre le plan d'action. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 2 : **Aider à assurer la continuité entre les soins primaires[3] et les recours spécialisés**

La continuité des soins est définie comme la capacité des organisations à délivrer les soins appropriés au bon moment (OMS). C'est une dimension de la qualité des soins articulée avec la coordination des soins et liée à la construction de relations de confiance entre soignants et soignées.
La formalisation au niveau du territoire d'un accord pluriprofessionnel sur les procédures de recours et de communication, sur les rôles et les responsabilités de chacun est une intervention proposée pour favoriser cette continuité.
Une responsabilité particulière des réseaux régionaux est de faciliter l'accès aux recours spécialisés sanitaires mais aussi sociaux et médico-sociaux : spécialistes d'organes, centres de référence, évaluations spécialisées comme celles des ergothérapeutes, MDPH, etc.

Il est souhaitable d'organiser une procédure pour permettre aux usagers de signaler leurs difficultés en matière de recours aux soins spécialisés.

Pour en savoir plus :

- Agency for Healthcare Research and Quality. Coordinating care in the Medical Neighborhood: Critical Components and Available Mechanisms White Paper. Rockville : AHRQ ; 2011. http://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Coordinating%20Care%20in%20the%20Medical%20Neighborhood.pdf
- Imison C, Naylor C. Referral Management. Lessons for success. London: The King's Fund; 2010. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Referral-management-lessons-for-success-Candace-Imison-Chris-Naylor-Kings-Fund-August2010.pdf

[3] Selon l'OMS (Déclaration d'Alma-Ata en 1978), les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination .

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les freins et difficultés d'accès aux soins spécialisés sont analysés. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Un accord sur les procédures de référence et sur les rôles et responsabilités de chaque acteur est formalisé pour remédier à ces difficultés. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les modalités de partage de l'information et de communication sont définies par les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
L'accès des patients aux recours spécialisés est facilité en tant que de besoin. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Une procédure d'alerte est organisée pour permettre aux usagers de signaler leurs difficultés d'accès aux recours spécialisés**.** ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 3 : Aider au repérage des personnes en difficultés

Le repérage ne vise pas à écarter les patients de prestations auxquelles ils pourraient prétendre mais à personnaliser les prises en charge de façon à procurer le juste soin au bon moment à la bonne personne : la faisabilité et le succès de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques supposent de choisir les interventions appropriées aux risques et aux besoins de chaque patient.
Ceci nécessite de repérer les personnes en difficultés et d'identifier leurs risques afin de pouvoir engager le travail coordonné de plusieurs professionnels pour réduire ces risques.
Une diversité de situations et pathologies peut être concernée par le repérage : les patients âgés fragiles, les personnes à risque d'hospitalisation ou de réhospitalisation, les femmes enceintes à risque de diabète gestationnel, les enfants souffrant de troubles des apprentissages, etc.
Des choix de repérage prioritaire doivent être faits sur le territoire en fonction de l'épidémiologie, des besoins exprimés et des projets en cours. Le repérage n'a en effet d'intérêt que s'il est suivi d'une orientation et d'un suivi concertés.
Il est souhaitable que les acteurs s'accordent sur les outils et référentiels de repérage à utiliser, afin d'harmoniser leurs actions.
La HAS a publié plusieurs outils de repérage : un questionnaire de repérage de la fragilité en ambulatoire, un questionnaire d'aide au repérage des personnes âgées dont la situation nécessite d'élaborer un Plan Personnalisé de Santé (PPS), un questionnaire de repérage des patients à risque d'événements indésirables liés au médicament, une grille de repérage des risques de réhospitalisation.

Ces outils font appel à l'avis du médecin traitant, qui est l'élément décisif pour décider d'initier la démarche.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Fiche points clés et solutions - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire Mai 2013
- Haute Autorité de Santé. Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez des personnes de plus de 75 ans. Juillet 2014.
- Haute Autorité de Santé. Améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée - Fiche points clés Octobre 2014
- Checklist de sortie d'hospitalisation (à venir)

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les situations qui doivent faire l'objet d'un repérage de façon prioritaire sont définies avec tous les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Tous les acteurs du territoire concernés participent à ce repérage. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les outils de repérage sont communs à l'ensemble des acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
A la suite du repérage, une procédure commune d'orientation et de suivi des personnes est mise en œuvre. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations, protocoles et outils, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire pour mettre en œuvre ce repérage. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 4 : Aider à l'évaluation multidimensionnelle des personnes

L'évaluation multidimensionnelle concerne les personnes âgées, mais aussi celles en situation de handicap, en raison d'une maladie neuro-dégénérative par exemple.
Cette évaluation doit répondre à plusieurs conditions pour être efficace : être réalisée par des professionnels formés, mobiliser plusieurs acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux utilisant un outil commun et partageant leurs expertises, être complète avec notamment un examen clinique de la personne, inclure une évaluation du domicile, déboucher sur des interventions suivies pendant une durée minimum de 6 mois.
Les réseaux, notamment gérontologiques et neurologiques, peuvent intervenir de façon ponctuelle, à la demande du médecin traitant, pour réaliser cette évaluation.
Il est indispensable que l'outil d'évaluation soit commun à tous les professionnels et organisations du territoire pour une population donnée, afin d'éviter la répétition des évaluations pour une même personne.
Les résultats de l'évaluation doivent être adressés au médecin traitant sous forme synthétique avec des préconisations pour la prise en charge. Ils doivent également être rendus disponibles aux autres structures d'appui sanitaires et sociales s'ils sont sollicités par le patient ou son médecin traitant. Ces résultats peuvent être utilisés dans une concertation pluriprofessionnelle en vue de l'élaboration d'un PPS.
Le transfert de savoirs et savoir-faire aux professionnels pour qu'ils puissent réaliser eux-mêmes ou participer à cette évaluation est un enjeu important.

Pour en savoir plus :
Haute Autorité de Santé. Fiche points clés Comment évaluer prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire décembre 2013.

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les outils d'évaluation multidimensionnelle sont communs à tous les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Un appui ponctuel est proposé aux professionnels de soins primaires pour réaliser cette évaluation, y compris au domicile des personnes. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les situations qui nécessitent un recours spécialisé pour réaliser cette évaluation sont définies avec les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Le médecin traitant et les professionnels de soins primaires concernés sont informés des résultats de cette évaluation sous forme d'une synthèse. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations pluriprofessionnelles, etc.) sur l'utilisation des outils d'évaluation et des résultats de l'évaluation sont proposés. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 5 : Aider à planifier, suivre et réévaluer les interventions du Plan Personnalisé de Santé (PPS)

L'élaboration et le suivi d'un PPS est recommandée pour les patients âgés dont la situation réclame l'intervention de plusieurs acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. C'est un support de concertation entre professionnels afin de prioriser et de planifier les interventions de soins et d'aides nécessaires, en tenant compte de l'avis du patient.
Dans la majorité des cas, l'élaboration et le suivi d'un PPS sont du ressort des professionnels de soins primaires et l'un d'entre eux, légitimement le médecin traitant, est désigné comme le référent du PPS. Les fonctions de ce référent sont d'animer la concertation entre professionnels, de planifier les interventions de soins et d'aide, de s'assurer de l'accord du patient sur ces interventions, de suivre l'effectivité du PPS et de superviser sa réévaluation.
L'outil proposé par la HAS pour faciliter la concertation autour des problèmes de la personne est la « checklist de concertation ».
Cependant dans les cas les plus complexes, en particulier en raison de l'intrication de problèmes sanitaires et sociaux, l'appui d'un réseau de santé peut être sollicité. Cet appui peut intervenir à différents niveaux : aider à l'évaluation de la personne, appuyer l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle et de réunions pour cela, assurer la fonction de référent du PPS à la demande du médecin traitant.

Il est souhaitable que les critères selon lesquels le rôle de référent du PPS est délégué à un réseau de santé soient déterminés de façon partagée par les acteurs du territoire.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). Juillet 2014.
- Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DK. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. London: King's Fund. 2013. https://www.hqsc.govt.nz/assets/General-NEMR-files-images-/nick-goodwin-co-ordinated-care-kingsfund-Nov-2013.pdf

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les acteurs du territoire planifient les interventions sanitaires et sociales sur le mode du PPS selon un format partagé. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les plans de soins et d'aides élaborés sur le mode du PPS sont accessibles et partagés par tous les acteurs du territoire concernés. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis sont proposés aux professionnels de soins primaires pour les aider à élaborer et suivre le PPS. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ces appuis sont mobilisés selon des critères partagés par les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
La mise en œuvre des plans de soins et d'aides est analysée par les acteurs du territoire afin d'améliorer les prises en charge / mieux répondre aux besoins des patients**.** ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 6 : Orienter vers une assistance au parcours de santé adaptée en cas de situation complexe

Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause le parcours d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Elle nécessite en général l'intervention de plusieurs professionnels sanitaires, médico-sociaux ou sociaux et des démarches dans ces différents secteurs.
L'assistance au parcours de santé peut être définie comme une démarche collaborative d'évaluation, de planification, de facilitation, de coordination des soins, de réévaluation et de défense des intérêts d'un patient afin de répondre à l'ensemble de ses besoins.
Plusieurs facteurs conditionnent son efficacité : un ciblage approprié sur les patients en situation complexe, un retour régulier d'information au médecin traitant, sa réalisation par des professionnels formés, l'accompagnement des transitions hôpital-domicile lorsque la situation des personnes le nécessite.
Cette assistance est assurée pendant un temps déterminé, et prend fin lorsque la situation est devenue moins complexe.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». 2014.
- Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management. What it is and how it can best be implemented. London: King's Fund. 2011 http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf
- Case Management Society of America. Standards of practice for case management. Little Rock: CMSA; 2010. http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les situations complexes, sanitaires ou sociales, qui nécessitent une assistance aux parcours sont définies avec tous les acteurs du territoire selon des critères explicites. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
L'assistance au parcours s'appuie sur la séquence « évaluation, planification, suivi, réévaluation ». ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
L'assistance au parcours s'attache à renforcer les compétences du patient dans sa prise en charge. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des retours d'information sont régulièrement effectués aux médecins traitants et professionnels de soins primaires, et en cas de besoin des alertes sont effectuées. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les différentes offres d'assistance au parcours sont identifiées et coordonnées sur le territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 7 : Aider à mettre en œuvre des démarches d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'implication des patients est une des principales conditions de la réussite des parcours de santé. Elle s'exerce à travers l'information des patients et, le cas échéant, des propositions d'éducation thérapeutique (ETP). L'ETP vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, grâce à l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation, dont certaines sont indispensables à leur sécurité. Elle s'adresse aussi à l'entourage.
L'élaboration d'un plan d'action est proposée comme le moyen d'un développement de l'ETP concerté entre l'hôpital et la ville et d'une réponse adaptée aux besoins identifiés.
Favoriser le partage des outils d'éducation et le transfert de savoirs et de savoir-faire aux professionnels sont des enjeux majeurs de l'intervention des réseaux dans ce domaine.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf 2007
- Page HAS dédiée à l'ETP : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. London: The Health Foundation; 2011. http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/2434/Helping%20people%20help%20themselves%20publication.pdf?realName=03JXkw.pdf

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les besoins des patients en termes d'éducation thérapeutique sont analysés avec les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Cette analyse débouche sur un plan d'actions qui prévoit : - un développement collaboratif de l'ETP entre la ville et l'hôpital ; - un accès aux différentes modalités et niveaux d'ETP adapté aux besoins des patients. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Un répertoire des ressources en ETP est disponible sur le territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les messages et les supports d'information sont harmonisés entre les différents acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire pour les aider à mettre en œuvre des démarches d'éducation thérapeutique. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 8 : Aider à prévenir les réhospitalisations évitables

L'organisation de la transition hôpital-ville désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'évènements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations non programmées. On entend ici le retour sur le lieu de vie, quel qu'il soit : domicile, EHPAD, établissements pour personnes handicapées, hébergement temporaire, etc.
Le repérage des populations et situations qui doivent bénéficier de cette organisation est une étape indispensable, qui doit être réalisée le plus tôt possible après l'entrée. Il est souhaitable que les outils et référentiels utilisés soient communs aux différents acteurs, hospitaliers comme libéraux.
Les programmes de transition hôpital-domicile se déroulent en trois temps : pendant l'hospitalisation, lors de la sortie (avec remise au patient d'un document de sortie le jour même de la sortie) et après le retour à domicile, généralement entre 30 et 90 jours, parfois plus.
La contribution des réseaux peut s'exercer lors d'une ou plusieurs de ces trois étapes : après du retour au domicile, elle peut prendre la forme d'une « assistance au parcours » limitée dans le temps qui permet d'identifier les besoins dans le contexte de la vie à domicile et de superviser le parcours de la personne.
Il est conseillé de formaliser la coopération entre réseaux et établissement de soins par des conventions précisant leurs actions et responsabilités respectives.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées. Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». 2013
- Purdy S. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? London: King's Fund 2010. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf
- Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S et al. Transitional Care Interventions Prevent Hospital Readmissions for Adults With Chronic Illnesses. Health Affairs, 33, n°9 (2014): 1531-1539.

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les situations à risque de ré-hospitalisation qui doivent être repérées de façon prioritaire sont définies avec les acteurs. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Tous les acteurs du territoire concernés participent à ce repérage, avec des outils et référentiels communs. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les informations nécessaires à la continuité des soins lors de la transition hôpital-domicile et les modalités de leur transmission au patient et aux professionnels de soins primaires sont définies avec tous les acteurs du territoire concernés. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Lors du retour sur le lieu de vie, un appui est proposé aux professionnels de soins primaires pour évaluer les besoins du patient et organiser sa prise en charge sanitaire et sociale. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des échanges réguliers entre la ville et hôpital sont organisés pour évaluer et améliorer les procédures de sortie d'hospitalisation. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 9 : **Aider à prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants**[4]

Les aidants naturels ou informels, très impliqués dans l'accompagnement d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, peuvent être victimes d'épuisement et négliger progressivement leur propre état de santé. Les aidants, particulièrement ceux de personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative, ont ainsi une très forte morbi-mortalité, souvent sous-estimée par eux-mêmes et par les professionnels.
Ils peuvent aussi glisser de façon insidieuse vers la maltraitance envers la personne aidée.
Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière (consultation annuelle dédié à leur état de santé, réitérée si besoin) et des prestations spécifiques doivent leur être proposées : groupes de soutien, support téléphonique ou par Internet, structures de répit, informations, etc.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. RBP suivi médical des aidants naturels. 2011.
- Association Française des Aidants. La santé des aidants. Parlons-en. Dépliant. Paris : AFA ; date inconnue. http://www.aidants.fr/images/AIDANTS_depliantSante.pdf
- Agence de la Santé et des Services Sociaux de Laval (Québec), Association Lavalloise des Personnes Aidantes. Prendre soin de soi…tout en prenant soin de l'autre. Se connaître comme personne aidante. Laval : ALPA ; 2008. http://www.lamaisondesaidants.com/v2/wp-content/uploads/2013/04/Guide-2008-daccompagnement-des-aidants.pdf
- Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. Le soutien des aidants non professionnels. Saint-Denis : ANESM ; 2015. Soutien aux aidants

[4] Les aidants, naturels ou informels, sont des personnes qui consacrent une part importante de leur temps personnel à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les besoins des aidants sont analysés avec les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Cette analyse débouche sur la mise en place de prestations d'aides aux aidants, dont une consultation annuelle proposée aux aidants des personnes atteintes de pathologies lourdes ou handicapantes. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Une information sur les prestations disponibles est organisée auprès de la population. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
L'offre d'aides aux aidants fait l'objet d'un suivi concerté entre les acteurs du territoire et d'aménagements si nécessaire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés pour aider les acteurs du territoire à repérer et prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance chez les aidants. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

II. Axe 2 : Aide à l'organisation du travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale

Dimension 10 : Aider à élaborer et à suivre des protocoles pluriprofessionnels

Certaines situations problématiques (difficultés des professionnels, besoins populationnels non satisfaits, etc.) nécessitent d'expliciter le « qui fait quoi » pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge. Pour cela, l'enjeu est de favoriser les rencontres entre les acteurs sur le territoire autour de l'analyse de ces situations et de l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels.

Les points-clés de ces protocoles sont : une construction fondée sur les preuves, une élaboration et un développement par les acteurs locaux en tenant compte des ressources disponibles, la caractérisation des rôles professionnels (ce qui peut aboutir à l'extension des rôles de certains professionnels au sein d'une équipe), un déroulement progressif et séquencé des activités dans le temps, la coordination des acteurs, un suivi de la mise en œuvre des protocoles.

Ces protocoles sont considérés comme des outils essentiels d'apprentissage, à la fois au niveau individuel et des organisations.

La HAS a mis en place un centre de ressources auquel les organisations de soins primaires et les réseaux de santé peuvent poser des questions sur les éléments de littérature scientifique disponibles pour élaborer ces protocoles (boite contact : centrederessources@has-sante.fr).

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours. Etapes d'élaboration. 2011.
- Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et suivre des protocoles pluriprofessionnels ? En cours 2014.
- Snowden H., Marriott S. Developing a local shared care protocol for managing people with psychotic illness in primary care. Psychiatric Bulletin 01/2003; 27(7):261-266. http://pb.rcpsych.org/content/27/7/261.full.pdf+html

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les patients dont la situation nécessite l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel sont identifiés par les acteurs du territoire lors de concertations régulières. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Tous les acteurs du territoire concernés sont représentés dans l'élaboration des protocoles pluri-professionnels. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les protocoles pluri-professionnels reposent sur les données issues de la littérature scientifique. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les protocoles font l'objet d'un suivi concerté entre les acteurs du territoire et d'une mise à jour si nécessaire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs pour élaborer et mettre en œuvre les protocoles. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 11 : Appuyer les initiatives d'amélioration des pratiques et des organisations

L'explosion du nombre de malades chroniques, souvent atteints de plusieurs pathologies et nécessitant l'intervention d'acteurs multiples, nécessite l'adoption de nouvelles modalités de travail par les professionnels de santé. La transformation des pratiques et des organisations de soins primaires privilégie le développement de structures d'exercice regroupé, telles les maisons de santé et pôles de santé pluriprofessionnelles.

Ces structures sont appelées à s'engager dans des démarches qualité qui reposent notamment sur :

- l'auto-analyse de leurs pratiques et organisations en vue de les améliorer,
- la mobilisation des leaders[5] professionnels et des représentants d'usagers,
- la diffusion des initiatives réussies.
- des réunions de partage d'expériences, présentielles ou virtuelles.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». 2014
- Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Matrice de maturité en soins primaires. Novembre 2014.
- Haute Autorité de Santé - Mobiliser les acteurs pour déployer les parcours sur le terrain Novembre 2014

[5] Un leader est une personne dont la légitimité, reconnue de tous, permet d'influencer et fédérer un groupe autour d'un objectif commun.

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Des outils et formations sont proposés aux acteurs du territoire pour accompagner leurs initiatives et démarches qualité. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les leaders professionnels et les représentants d'usagers sont mobilisés. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les initiatives réussies sont identifiées et valorisées. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des réunions de partage d'expériences entre les différentes organisations professionnelles sont régulièrement organisées. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des retours d'information sur les changements obtenus et leur impact sur la prise en charge des patients sont régulièrement effectués aux acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 12 : Soutenir les actions de prévention et promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'accroître leur contrôle sur les déterminants de santé, d'agir sur leur environnement ou d'évoluer avec celui-ci pour maintenir ou améliorer leur état de santé (Charte d'Ottawa,1986).

Les actions de promotion de la santé et de prévention sont inséparables.

Elles concernent plus largement toutes les actions collectives portant sur les déterminants de santé.

Leur succès suppose des stratégies partagées, élaborées avec les acteurs locaux et reliées aux pratiques de terrain.

De nombreux acteurs peuvent être le support de ces actions, de façon variable selon les territoires : les unions professionnelles, les ateliers santé-ville, les espaces 3ème âge, les PMI, les espaces santé jeune, les maisons des adolescents, les associations de santé communautaire…

L'utilisation de sites Web, qui peuvent partagées par plusieurs territoires, peut être un moyen de diffusion des actions et informations (pour exemple cf. http://www.rmlb.be/home)

Des outils d'amélioration de la qualité sont disponibles dans ce domaine (INPES).

Pour en savoir plus :

- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Améliorer les actions en prévention de la santé. Saint-Denis INPES. 2009.
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les besoins de la population en termes de prévention et de promotion de la santé sont analysés avec les acteurs du territoire parmi lesquelles les associations d'usagers et d'aidants. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des rencontres entre les différents acteurs de la santé communautaire sont favorisées. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Cette analyse débouche sur des actions. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ces actions font l'objet d'un suivi et d'un retour aux acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire pour mettre en œuvre ces actions. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 13 : Aider à développer la culture de sécurité au niveau du terreitoire

La culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondés sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être dus aux soins.
Il existe un lien entre les perceptions des professionnels et la fréquence de signalement des évènements indésirables associés aux soins (EIAS).

La définition d'un EIAS est « Un évènement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau » (HAS 2014).

Son signalement est la première étape pour aboutir à sa correction avant qu'il ait nui au patient. Une charte d'incitation à la déclaration peut être proposée dans ce but.

Ceci implique aussi une démarche collective : la démarche de sécurité nécessite de se rencontrer.

Il est attendu des réseaux qu'ils accompagnent les professionnels de soins primaires dans cette démarche à travers l'organisation de réunions de retour d'expériences (REX) L'approche a posteriori du type RMM (s'interroger sur ce qui s'est mal passé) doit être complétée par une approche a priori (anticiper la survenue d'EIAS en se demandant ce qui pourrait mal se passer). Sur cette base, peuvent être organisées des actions correctrices ou préventives simples, par étapes.
Dans ce cadre, le repérage et la prévention du risque d'événements indésirables liés aux médicaments est un enjeu important : ceci s'adresse en première intention aux patients âgés poly-médicamentés. Une démarche pluriprofessionnelle est indispensable, impliquant les pharmaciens, les médecins, les infirmiers, les aides à domicile, les établissements de santé, etc. Le repérage doit être suivi de la mise en place d'alertes permettant de gérer les situations à risque.
Les réseaux peuvent s'inspirer de l'expérience des organismes agréés pour l'accréditation des médecins et coopérer avec un organisme agréé de DPC autour de la méthode de DPC « gestion des risques en équipe médicale ».

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé Evénement Indésirable associé aux soins hors établissement. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2014.
- Haute Autorité de Santé Culture de sécurité des soins : du concept à la pratique - décembre 2010. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2010.
- Haute Autorité de Santé. Fiche points-clés et solutions Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Saint-Denis La Plaine : HAS; 2014.
- Haute Autorité de Santé - RMM & démarche d'évaluation des pratiques. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2009.
- Méthode de DPC Haute Autorité de Santé - Fiche gestion des risques en équipe médicale. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2014.

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Il existe au niveau de la région ou du territoire une charte de déclaration des événements indésirables liés aux soins. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des réunions de retours d'expériences sont organisées par les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ces réunions associent une approche: - a posteriori (revues de mortalité et de morbidité ou RMM) qui débouche sur des actions de correction ou d'atténuation, - a priori qui vise à prévenir les événements indésirables. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Un bilan annuel de ces actions est publié en direction des acteurs du territoire et est adressé à la gouvernance territoriale. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire pour mettre en œuvre des réunions de retours d'expériences. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 14 : Aider à **développer un guichet intégré réunissant les structures d'appui sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire**

Le guichet intégré peut être organisé au niveau départemental ou territorial, sous la supervision de l'ARS et du Conseil Général. Il peut être porté par un ou plusieurs acteurs, dont des réseaux de santé. L'ensemble des structures d'appui sanitaires, sociales et médico-sociales doivent être invitées à y participer. Ses fonctions sont d'activer les appuis sociaux et médico-sociaux et de donner accès en temps utile aux expertises appropriées.

Un guichet intégré ne se définit pas comme une structure unique, mais par l'utilisation de référentiels et d'outils communs par différents acteurs pour :

- connaitre les missions et capacités de chaque acteur,

- analyser les demandes des patients et des professionnels,

- les orienter de façon appropriée.

C'est l'élaboration et l'actualisation de ces outils et référentiels qui permettent de construire et de faire vivre le guichet.

Ainsi, un guichet « intégré » peut comprendre plusieurs portes d'entrée, mais les informations et l'orientation sont les mêmes quelle que soit la porte d'entrée à laquelle s'adresse la personne.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». 2014
- De Stampa M, Vedel I, Trouvé H, Jean OS, Ankri J, Somme D. Intégration des services : obstacles et facteurs facilitant leur implantation. Rev Epidemiol Sante Publique 2013;61(2):145-53.
- De Stampa M., Vedel I., De Montgolfier S. et al. Un guichet unique dans un réseau gérontologique pour l'orientation des personnes âgées. Santé publique, vol. 25 n° 1, 2013-01, pp. 7-14

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les modalités d'accès à chacun des guichets participant à l'accueil, à la coordination et à l'orientation sont définies avec les acteurs du territoire. Ils en connaissent l'offre de services. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les structures participant à ces guichets disposent d'un référentiel précisant leurs positionnements et missions réciproques. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les structures participant à ces guichets utilisent un outil commun d'évaluation des demandes qui leur sont adressées. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les structures participant à ces guichets utilisent un référentiel commun d'orientation des patients. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
L'effectivité des expertises et prestations activées par le guichet intégré fait l'objet d'un suivi concerté entre les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Le partage en temps utiles des données nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins peut être favorisé par l'utilisation des documents de synthèse dématérialisés : Volet Médical de Synthèse[6], Dossier de Liaison Urgence[7], document de sortie d'hospitalisation, etc. Ces documents peuvent être transmis par Messagerie Sécurisée de Santé[8] ou déposés dans le Dossier Médical Personnel.
Les réseaux de santé peuvent contribuer à développer l'utilisation de ces outils par les professionnels de santé de ville et les établissements de santé, particulièrement lors des transitions.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Volet de Synthèse Médicale. 2013.
- Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h 2014.
- Circulaire de la Direction Générale de la Coordination Sociale. Annexe III Mise en place d'un Dossier de Liaison Urgence dans les EHPAD Juillet 2010.

[6] Il s'agit d'une fiche de synthèse informatisée contenant des renseignements administratifs et cliniques, les traitements au long cours et les points de vigilance relatifs à un patient. Ce document est déposé dans le DMP.
[7] Le Dossier de Liaison d'Urgence est un document synthétique pour une prise en charge optimale médicale et en soins d'un résident en EHPAD pour tout médecin intervenant dans l'EHPAD ou aux urgences hospitalières.
[8] http://esante.gouv.fr/mssante

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les modalités d'échange et de partage d'information sont définies avec les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
L'utilisation des documents standardisés d'échange d'informations est favorisée: volet de synthèse médicale (VSM), dossier de liaison d'urgence (DLU), document de sortie d'hospitalisation, formulaire de liaison entre les acteurs du guichet intégré (informations minimales pour assurer la transition des patients), etc. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
L'utilisation du dossier médical personnel (DMP) et du dossier pharmaceutique (DP) est favorisée pour les patients atteints de maladies chroniques. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
La Messagerie Sécurisée de Santé est déployée sur le territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Des appuis (conseils méthodologiques, formations, supports, etc.) sont proposés aux acteurs du territoire pour l'utilisation optimale des outils de partage d'information. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 16 : **Effectuer des retours d'informations à la gouvernance territoriale**

Les retours réguliers d'informations à la gouvernance sur les difficultés rencontrées et les besoins non satisfaits sont un moyen important d'entretenir la dynamique d'intégration territoriale. A ce titre c'est une des missions attribuées aux gestionnaires de cas des MAIA
Ces retours peuvent être étendus aux initiatives réussies afin de pouvoir les valoriser et s'appuyer sur elles pour soutenir l'amélioration des pratiques et des organisations.
La généralisation de cette mission à l'ensemble des structures d'appui vise à amplifier cette dynamique et à combler les besoins non satisfaits.
Ce retour doit être effectué au fur et à mesure des activités du réseau, en temps réel par rapport aux constats qui sont réalisés, sans se confondre avec le rapport annuel d'activité du réseau.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les difficultés, les besoins non satisfaits et les bonnes pratiques à capitaliser font l'objet d'un recueil par les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ces difficultés, besoins non satisfaits et bonnes pratiques sont transmis à la gouvernance. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ces retours d'informations font l'objet d'une analyse concertée avec les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Cette concertation débouche sur des décisions concrètes. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ces décisions font l'objet d'un suivi et d'un retour aux acteurs du territoire (observatoire). ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

Dimension 17 : **Prendre en compte les avis de la population**

Le recueil et la prise en compte des avis de la population aux différents niveaux d'organisation et de délivrance des soins est une exigence à la fois éthique et opérationnelle, consubstantielle à l'organisation des parcours. Ce travail s'effectue en collaboration avec les associations locales, culturelles, de santé communautaire, etc.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». 2014.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis: ANESM; 2012. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf

	Le réseau ne participe pas	Le réseau contribue / utilise / diffuse	Le réseau est responsable de l'action	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les avis de la population sont recueillis sur le territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ces avis font l'objet d'une analyse partagée entre les acteurs du territoire. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Cette analyse débouche sur des initiatives. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Les associations d'usagers sont associées à cette démarche. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				
Ces initiatives font l'objet d'un suivi. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**				

III. Axe 3 : Adoption d'un mode d'organisation adapté à ces fonctions

Dimension 18 : **Travailler au plus près des organisations de soins primaires**

La proximité des fonctions d'appui vis-à-vis des équipes de soins primaires est une condition incontournable de leur efficacité.

Elle s'exprime d'abord par une réponse adaptée et réactive aux demandes des professionnels.

Cette proximité peut prendre la forme de l'intervention programmée (à des jours fixés d'un commun accord) de personnels du réseau sur les lieux de soins primaires ou d'une intervention en réponse à leurs demandes sur les lieux de soins ou au domicile des patients.

Ces interventions peuvent s'exercer de différentes façons : aide à l'élaboration d'un PPS, aide à l'organisation de RCP, réalisation des prestations dérogatoires appointées par les réseaux (psychologues, diététiciennes, etc.) sur les lieux d'exercice des médecins, évaluation du domicile des patients. Concernant l'ETP, les personnels de réseau peuvent réaliser, sous certaines conditions, des séances d'ETP à la demande des professionnels de soins primaires ou leur apporter un appui et des conseils pour cela. La deuxième possibilité doit être privilégiée autant que possible afin d'accroître les compétences des professionnels.

Dans une dynamique de progression, la proximité du réseau ou de la plateforme d'appui avec les professionnels de soins doit aussi se traduire dans la gouvernance du réseau ou de la plateforme.

Cette coopération entre les réseaux et les organisations de soins primaires doit faire l'objet d'un suivi afin d'évaluer la satisfaction des professionnels.

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours » 2014.

	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Le réseau répond dans un délai court aux besoins et demandes des professionnels de soins. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le réseau appuie l'offre de soins et d'aides des professionnels par des interventions sur les lieux de soins primaires ou au domicile des patients. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le réseau a conclu des conventions avec les organisations de soins primaires**.** ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
La proximité avec les organisations de soins primaires se traduit dans la gouvernance du réseau ou de la plateforme. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
La coopération entre le réseau et les acteurs de soins primaires fait l'objet d'une analyse et d'un bilan annuel. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	

Il s'agit aussi bien de management en termes de ressources humaines qu'en termes de projets.

Pour le premier objectif, le réseau doit veiller à ce que les membres de l'équipe se forment, au regard notamment de leurs missions.

En ce qui concerne le management de projets, un tableau de bord doit comprendre les indicateurs servant au suivi et à l'évaluation externe des réseaux en regard de leur CPOM. Ces indicateurs portent à la fois sur les processus mis en œuvre par le réseau et sur les résultats obtenus en termes l'efficience: ciblage des actions sur les patients en situations complexes et ayant une consommation importante de services et de soins, transferts d'activité ville-hôpital, contribution à réduire le recours aux urgences et les hospitalisations évitables, etc.

Pour en savoir plus :

Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique sur l'évolution des réseaux de santé Septembre 2012.

	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe du réseau sont définis. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Des possibilités de formations, de préférence pluri-professionnelles, sont proposées à chaque membre de l'équipe du réseau en fonction d'une évaluation de leurs besoins. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le réseau dispose d'un tableau de bord de pilotage. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le tableau de bord comprend des indicateurs de pilotage permettant d'évaluer les processus mis en œuvre et leurs résultats en regard des objectifs prévus par les CPOM. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le réseau dispose d'un appui externe à qui recourir en tant que de besoin pour aider à son management et à son évolution. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	

Dimension 20 : **Assurer la sécurité des actions du réseau**

La sécurité des soins et des services est une exigence qui s'impose à l'ensemble des acteurs du système de santé et qui est due à l'ensemble des patients et usagers. En se fondant sur le Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017, il est essentiel que les réseaux développent une culture interne de sécurité à travers des actions concrètes comme le recueil et l'analyse des évènements indésirables liés à l'activité du réseau.

Ceci suppose la mise en place d'un système de retour d'expérience (REX) qui comprend

- la collecte des EIAS,
- leur analyse approfondie,
- la mise en place d'actions correctives, de prévention mais aussi de récupération, voire d'atténuation,
- la communication et le partage des enseignements retirés de l'analyse pour permettre la progression des professionnels et de l'organisation.

La traçabilité (la « mémoire » de l'organisation) doit être réalisée : tous les documents relatifs à un REX sont anonymes et archivés avec les autres documents qualité du secteur d'activité.

Lorsqu'au cours d'une démarche de REX, des risques nouveaux sont identifiés pour un patient, celui-ci doit en être informé.

Les EIAS pour lesquels le réseau doit mettre en place un REX : erreur d'orientation, coordination inadéquate, absence de réponse à une demande d'un professionnel, hospitalisation non programmée, rupture de prise en charge, chute traumatique d'un patient lors d'un atelier d'activité physique, sorties volontaires de patients ou de professionnels, etc. Ce système doit aussi permettre l'évaluation des actions correctrices.

Idéalement, ces erreurs doivent être détectées et corrigées avant d'avoir pu nuire au patient.

Pour en savoir plus :

- Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction Générale de la Santé et Haute Autorité de Santé. Programme National pour la Santé du Patient. Paris : DGOS/DGS/HAS; 2013.
- Haute Autorité de Santé. REX: Comprendre et mettre en œuvre . Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Haute Autorité de Santé. Lien vers le document Évènement indésirable associé aux soins (EIAS). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.
- Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique sur l'évolution des réseaux de santé 2012.

	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Les évènements indésirables liés à l'activité du réseau sont collectés. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Les événements indésirables font l'objet d'une analyse partagée, de type RMM, avec les acteurs concernés, en tant que de besoin et au moins une fois par an. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Cette analyse débouche sur des actions de prévention ou d'atténuation. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Les professionnels partenaires sont informés de la gestion des événements indésirables et de ses résultats. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Les résultats de la gestion des événements indésirables sont communiqués à la gouvernance. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	

Dimension 1 : **Choisir et utiliser un système d'information approprié**

Cette dimension s'adresse au système informatique des réseaux et/ou structures d'appui. Il peut s'agir de choisir un système d'information « de novo » lorsque la structure n'utilise pas encore de logiciel, soit de faire évoluer un système d'information déjà existant mais incomplet.

Dans les deux cas, ceci doit être réalisé en regard des fonctions à assurer. De nombreuses fonctions assurées par les réseaux et structures d'appui nécessitent d'être informatisées : fonctionnement du guichet unique ou intégré (évaluation des demandes, orientation des patients, activations d'aides sanitaires ou sociales), délivrance de prestations ponctuelles aux patients, assistance au parcours des patients en situation complexe avec envoi régulier de rapports au médecin traitant, mise à disposition des urgentistes d'un « volet de synthèse de coordination » en cas de recours aux urgences, etc.

De plus, il est souhaitable de mettre à disposition des acteurs les outils, référentiels, protocoles nécessaires à la prise en charge coordonnée des personnes, ainsi qu'un agenda des formations et des prestations disponibles. Ceci peut être réalisé à partir du système d'information interfacé et/ou commun aux différentes structures d'appui.

L'objectif est d'adopter un système d'information métier du réseau ou de la plateforme :

- qui permette d'assurer les fonctions de la structure d'appui du territoire (réseaux, CLIC, MAIA, SSIAD, etc.), et qui soit bâti à partir de l'utilisation optimale des solutions logicielles existantes,
- qui présente toutes les conditions requises d'identification du patient, de sécurisation et de confidentialité des données saisies,
- qui permette de renseigner les différents indicateurs des différents tableaux de bord de la structure (dont ceux inscrits dans le CPOM du réseau cf. dimension 19),
- dont le développement s'inscrit dans le cadre d'interopérabilité et s'appuie sur les infrastructures et outils déployés au niveau régional en matière de systèmes d'informations : projets soutenus dans le programme territoires de soins numériques, cahiers des charges régionaux pour le système d'information des structures et plateformes d'appui. À ce titre, la réflexion sur le SI du réseau ne peut se faire indépendamment des réflexions en cours au niveau des territoires de la région et au niveau national,
- qui permette de déposer des documents dans les outils de partage d'information déployés au niveau des territoires de la région et au niveau national (DMP, MS Santé, etc.).

Pour en savoir plus :

- Haute Autorité de Santé. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Fiche points-clés et solutions « Organisation des parcours ». 2014.
- ASIP. Cahier des charges des systèmes d'information des Maisons et Centres de Santé Pluri-professionnels. 2011 http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_CDC_MPSP_CSP_V1_dec_2011.pdf page 29 à 3

	Objectifs fixés et moyens pour les atteindre
Toutes les fonctions assurées par les réseaux et structures d'appui et qui nécessitent d'être informatisées, sont identifiées afin de choisir un système d'information (SI) parmi les solutions logicielles existantes. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le SI dispose de systèmes d'identification des patients, d'authentification, de gestion des contrôles d'accès et de traçabilité des connexions permettant la sécurisation de données. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le SI permet de renseigner de façon simplifiée les indicateurs des tableaux de bord de pilotage. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le SI s'inscrit dans le cadre d'interopérabilité permettant de s'interfacer avec les SI des autres structures et solutions développées ou en cours de développement au niveau territorial et national. ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	
Le SI alimente de façon automatique les moyens de partage d'information déployés ou en cours au niveau des territoires de la région et au niveau national (DMP, MS Santé, etc.). ☐ **Pas fait** ☐ **Fait en partie** ☐ **Fait**	

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr